

GAZETA MEDICA DA BAHIA

Publicação mensal

ANNO XIII FEVEREIRO, 1881 N. 8

NOTICIA SOBRE O AINHUM

pelo Dr. J. F. da SILVA LIMA

Médico do Hospital da Caridade, na Bahia, Brazil (*)

A curta descripção da molestia denominada *Ainhum*, que hoje publico, foi-me pedida no anno passado pelo Sr. Dr. J. N. Hyde, professor de Dermatologia no *Rush Medical College* em Chicago, Estados-Unidos.

Na carta com que me honrou, dizia-me o illustrado professor americano, que o ainhum não era conhecido no seu paiz senão por extractos dos jornaes europeus, e que desejava obter de mim não só uma noticia descriptiva da molestia, mas tambem alguma peça pathologica que podesse illustral-a; e que apresentaria uma e outra á *American Dermatological Association* na sua proxima sessão annual no mez de Agosto seguinte, em Newport, Rhode Island, Nova York. Eis a razão porque escrevi a seguinte breve noticia sobre o ainhum, E se lhe dou publicidade nas paginas da *Gazeta Medica*, nas quaes em 1867 me occupei com o mesmo assumpto, é porque desde então novos factos, e alguma contro-

(*) Lida na 4ª sessão annual da *Sociedade Dermatologica Americana* em 31 d'Agosto de 1880, pelo seu antigo Vice-Presidente, o Sr. Dr. James Nevins Hyde.

versia entre escriptores notaveis nacionaes e estrangeiros lhe vieram dar um interesse que eu não presumia poder provocar com o despretençioso *Estudo* que n'este mesmo periodico dei á estampa ha já quatorze annos completos.

Ao terminar estas poucas linhas preliminares cumpro o grato dever de manifestar os meus vivos agradecimentos ao meu amigo e collega o Sr. Dr. Hall pela fineza de traduzir para o inglez esta pequena memoria; ao distincto professor Hyde por se ter espontanea e obsequiosamente prestado a fazel-a ouvir no seio do sabio congresso dermatologico americano; e a este pela extrema benevolencia com que se dignou acolhel-a.

HISTORICO

A molestia a que os negros africanos (Nagós) chamam *ainhum*, ou *ayun*, foi primeiro descripta por mim na *Gazeta Medica da Bahia* ns. 13 e 15, em 1867. A sua existencia no Brazil não é mencionada em documento algum conhecido anterior áquella epoca, como affecção distincta; ella deve, comtudo, ter sido observada pelos medicos brazileiros desde o começo do trafico de escravos d'Africa, que são, elles e seus descendentes, particularmente sujeitos a ella entre nós.

Desde o começo dos meus estudos de clinica cirurgica ouvi sempre designar a molestia pelo nome de *quigila*, que os mesmos negros dão á lepra anesthesica dactylica ou mutilante (*gafeira*, dos autores portuguezes).

Foi em 1863 que comecei a observar com attenção os casos que encontrava na pratica, e a notar as differen-

ças que separam as duas molestias, chegando em breve á conclusão de que eram inteiramente diversas uma da outra. Posteriormente áquella minha primeira publicação appareceram, tanto no Brazil como em outros paizes, alguns trabalhos importantes, aos quaes alludirei mais adiante.

SYNONYMIA

Conservêi para designar esta molestia o nome africano que ouvi aos proprios doentes (Nagôs), e que me pareceu soar *ai-nhum* com accento tonicô na primeira syllaba. Diziam elles que aquella palavra significa *serrar*. Outros pretos (Jêjes) disseram-me que na sua lingua aquella affecção chama se *gudurâm*; a um d'estes, que soffria do mesmo mal, ouvi chamar-lhe *affoviburuncuê*, mas nem este nem aquelles me souberam dar a significação d'esses vocabulos.

O nome de *quigila* (corrupção de — quizilia) deve desaparecer da synonymia da molestia, porque a confunde com outra affecção de natureza muito diversa.

O Dr. A. Collas, da marinha franceza (*Archives de médecine navale*, Novembro de 1867) diz ter observado a molestia em Pondichery em indianos da raça ariana cruzada, e ter-lhe dado o nome de *exerese spontanea*.

Finalmente, o Dr. G. Beauregard, do Havre (*Des difformités des doigts*, Paris, 1875) propõem o vocabulo *dactylolyse* para designar em geral as affecções que trazem como consequencia a deformidade dos dedos abrangendo tambem o ainhum, a que elle chama *dactylolyse essencial*, de preferencia a *exerese spontanea*, por ter aquella denominação a vantagem de indicar a séde do mal.

Pela minha parte prefiro conservar á molestia o nome primitivo que lhe dão os individuos que mais particularmente a soffrem, isto é, os negros Nagôs; nome que, além de indicar a procedencia africana d'esta

afecção no Brazil, traz comsigo a idéa do processo morbido, e da sua terminação natural — a separação do dedo acommettido.

Devo ao obsequio de um illustrado amigo o ter podido verificar na *Grammar and Dictionary of the Yoruba Language*, do Rev. J. T. Bowen, Washington City, 1858, a significação do termo *ayun*, ou *ainhum*, segundo me pareceu ouvir pronunciar aos negros Nagôs. Ahí se diz que aquelle termo significa — *a saw, a file* (serra, lima), com a declaração de que o *a* pronuncia-se longo, como na palavra ingleza *father*.

Não obstante as ligeiras variantes no escrever e na pronunciação, julgo não dever alterar o vocabulo *ainhum*, por ser assim conhecido e adoptado por quasi todos os escriptores que me succederam no estudo da molestia.

Por ultimo devo tambem declarar para conhecimento dos leitores que não teem noções da lingua portugueza, que *áinhum* (sempre com accento na primeira syllaba) se poderia imitar figurando a pronunciação:—em francez *agnoum*, em hespanhol *añum*, e em inglez approximadamente *ay'-nyoon*. Em portuguez soam de modo tão semelhante ao ouvido os dous vocabulos, que não val a pena alterar a orthographia que adoptei, e que corresponde mais exactamente á pronunciação africana, como ainda ha pouco tempo tive opportunidade de verificar.

DISTRIBUIÇÃO GEOGRAPHICA

Segundo o testemunho dos pretos africanos que residem no Brazil a molestia é muito vulgar no seu paiz (Africa Occidental); mas não se sabe até onde ella estende o seu dominio para o interior e para as regiões de leste e sul; até agora só tenho noticia de um caso de *ainhum* observado em Nossi-bé (ilha proxima da

costa NO de Madagascar) pelo Dr. Corre, medico da marinha franceza (*Arch. de méd. navale*, Fevereiro de 1879): os naturaes chamam a molestia *faddiditi*.

Na Asia só em Pondichery (India franceza) foi, que eu saiba, encontrada esta affecção nos indianos do ramo tamul.

Na America do Sul só na Bahia, no Rio de Janeiro e em Buenos-Ayres tem sido descriptos casos de ainhum em individuos de raça africana; mas é certo que elle se encontra egualmente em todas as provincias brazileiras onde ha escravos.

Nos indios do Brazil não se sabe com certeza se o ainhum já foi observado; um d'elles, que esteve a meu cargo no Hospital da Caridade, tinha na base de um dedo minimo de um pé uma ligeira depressão semi-circular muito parecida com a que nos africanos corresponde ao primeiro periodo da molestia.

Como se vê, os dominios geographicos do ainhum são, por emquanto, assaz limitados, mas não tenho duvida de que elles se estendam consideravelmente logo que esta molestia se torne mais conhecida dos medicos que habitam ou visitam os paizes intertropicaes.

DEFINIÇÃO

O ainhum consiste em uma degeneração gordurosa lenta e progressiva, de ordinario com augmento consideravel de volume, dos dedos dos pés, particularmente do minimo, estendendo-se a quasi todos os seus elementos anatomicos, em consequencia de um estrangulamento quasi linear, produzido por uma cinta estreita de pelle contrahida e endurecida, abrangendo a principio uma parte e depois toda a circumferencia do orgão, ao nivel da dobra digito-plantar. A constricção chega no decurso de alguns (4 a 10) annos, a formar um rego circular profundo, que determina a

absorção das phalanges e dos vasos, e a inevitavel quéda do dedo por violencia accidental, ou por gangrena.

FREQUENCIA

De bastante frequentes que eram ainda ha vinte annos os casos de ainhum vão-n'o sendo agora cada vez menos pela progressiva diminuição da população africana, e por serem menos sujeitos áquella molestia os seus descendentes crioulos.

Todavia, concorrem ainda alguns casos á consulta, mais raros ao hospital, de individuos que pedem, de ordinario, não a cura da molestia, mas a amputação do órgão affectado; e ainda mais numerosos seriam elles se em vez de procurarem o medico não recorressem alguns doentes aos seus proprios camaradas e conterraneos, ou aos barbeiros para lhes cercearem o dedo já pendente de um delgado pediculo, ou não praticassem a operação os proprios pacientes estrangulando-o com um barbante, ou simplesmente aparando-o com uma navalha. Raro é o cirurgião ou medico clinico antigo na Bahia que não tenha excisado alguns d'estes appendices. O meu amigo e collega Dr. J. L. Paterson conta para cima de vinte d'estas pequenas operações, e eu cerca de dezeseis, verdade é que no decurso de muitos annos.

Antes da extincção completa do trafico de escravos a molestia deve ter sido muito mais frequente aqui, e mais o será ainda hoje, naturalmente, na Costa d'Africa, onde, no dizer dos pacientes, ella é muito commum, affecta homens e mulheres, e a diversos membros da mesma familia, transmittindo-se tambem por herança como a elephantiasis, que elles conhecem e distinguem do ainhum pelo nome africano *été* (morphéa).

SÉDE

Até á epoca em que publiquei o meu primeiro artigo sobre o ainhum (1867) não tinha eu conhecimento de caso algum em que esta molestia fosse localisada em outros dedos dos pés que não os minimos, em um ou em ambos, simultanea ou successivamente. Dous annos mais tarde, porém, mostrou-me o Sr. Dr. Paterson um caso em que o dedo acommettido era o quarto. N'estes ultimos annos foram observados mais quatro casos identicos, sendo dous no Rio de Janeiro, dos quaes um pelo Sr. Dr. Pereira Guimarães e outro pelo Sr. Dr. Baptista dos Santos; um em Buenos-Ayres pelo Sr. Dr. Emilio Coni, e, finalmente, mais um, ha cerca de dous mezes, pelo Sr. Dr. Hall, d'esta cidade, que me fez o favor de offerecer o orgão amputado; é este o especimen que tenho a honra de offerecer á Sociedade Dermatologica Americana com a presente noticia da molestia. Até agora são estas as cinco unicas excepções que conheço da manifestação do ainhum no quarto dedo do pé em um total de cerca de cincoenta casos. De ter sido affectado algum dos tres primeiros não ha por emquanto exemplo nenhum conhecido.

Releva notar que no caso do Dr. Pereira Guimarães, juntamente com o quarto dedo do pé esquerdo estava affectado o quinto do pé direito.

CAUSAS

O que eu escrevi ha treze annos a respeito da etiologia do ainhum ainda hoje o repito: — as suas causas são inteiramente desconhecidas.

O que se sabe é que a raça africana é particularmente predisposta a esta molestia, os homens muito mais do que as mulheres, e os individuos nascidos na Africa muito mais do que os creoulos. Os pretos Na-

gôs, que predominam pelo numero n'esta provincia, são tambem os que teem fornecido a grande maioria dos casos á observação clinica.

Suppuz a principio que o mal proviesse de andarem os escravos africanos ordinariamente descalços; mas vi depois que os libertos e os nascidos livres, e que andam calçados, não gozam de immuidade alguma.

A occupação, o modo de vida, e as condições hygienicas em que se acham os pretos, e que em geral são más, não parecem tão pouco influir na manifestação da molestia.

A grande obliquidade dos tendões dos dous ultimos dedos dos pés chatos e espalmados dos pretos foi-me suggerida pelo Sr. Dr. Paterson como causa possivel do ainhum. E' muito provavel que esta disposição anatomica apresse o desenvolvimento e a marcha da molestia, mas, quanto a mim, não pôde explicar a sua origem, nem os seus symptomas iniciaes.

SYMPTOMAS

O ainhum começa por uma ligeira depressão, um pouco menos que semí-circular, occupando as faces interna e inferior da raiz do dedo, exactamente ao nivel da dobra digito-plantar. A pelle correspondente a esta depressão inicial é endurecida e espessa; não ha n'este periodo phenomeno algum inflammatorio, nem ulceração, nem dôr notavel que desperte a attenção do doente, mas antes uma especie de prurido. Os limitados movimentos do orgão são conservados.

Mais tarde nota-se que o dedo affectado, quando é o minimo, vae-se gradualmente afastando do seu visinho na sua raiz, mas a extremidade livre, pelo contrario, tende a inclinar-se para dentro, formando um angulo ao nivel d'aquella depressão. Gradualmente vae o orgão augmentando de volume á proporção que o sulco se

estende ás faces superior e externa. A dôr espontanea é pouco accusada, mas a pressão é bastante dolorosa quando feita sobre o rego e sua immediata visinhança.

Completo o circulo constrictor, o que a principio era uma simples depressão converte-se pouco a pouco em um rego profundo e estreito como se fôra praticado com um fio metalico de esmagador, que tivesse desaparecido entranhando-se nos tecidos.

Esta estrangulação lenta e progressiva chega por fim a não deixar da espessura do dedo mais do que um delgado e curto pediculo que o prende ao pé, e que não pode ser visto senão imperfeitamente afastando-se as margens do rêgo, cujo fundo se encontra algumas vezes ulcerado ou coberto de pequenas crustras.

Quando ha ulceração o rêgo está humedecido por um liquido ichoroso e fetido. A pelle circumvisinha torna-se aspera e escabrosa; a cabeça do dèdo, augmentada algumas vezes até ao duplo e triplo do seu volume normal, tem tomado uma fórma arredondada como a de uma pequena batata. A unha conserva-se perfeita, mas, pela rotação parcial do dedo, é voltada para fóra.

No ultimo periodo da molestia o dedo adquire uma mobilidade anormal, podendo ser inclinado facilmente para qualquer lado, e até levado a uma rotação parcial sobre o seu eixo para dentro ou para fóra. E' que então a primeira phalange tem desaparecido completamente ao nivel do sulco.

A dôr, que nos primeiros periodos da molestia era insignificante, ou pouco intensa, torna-se agora em alguns casos muito viva, e augmenta com os movimentos que se imprimem ao dedo, com os choques, ou com a simples oscilação no caminhar, de tal modo que os pacientes costumam guarnecer o rêgo com um

barbante, algodão, uma tira de panno, ou fios para immobilisarem quanto seja possível o pequeno órgão, e para evitarem as topadas a que elle está sujeito por se inclinar para o chão por seu proprio pêso. E' de ordinario quando as cousas chegam a este ponto que elles praticam ou reclamam a excisão como unico allivio aos seus soffrimentos; alguns, todavia, recorrem a este meio quando a dôr por si só os incommoda muito, mesmo antes de destruida a continúidade da phalange, ou só porque a molestia lhes causa estôrvo no andar ou no trabalho.

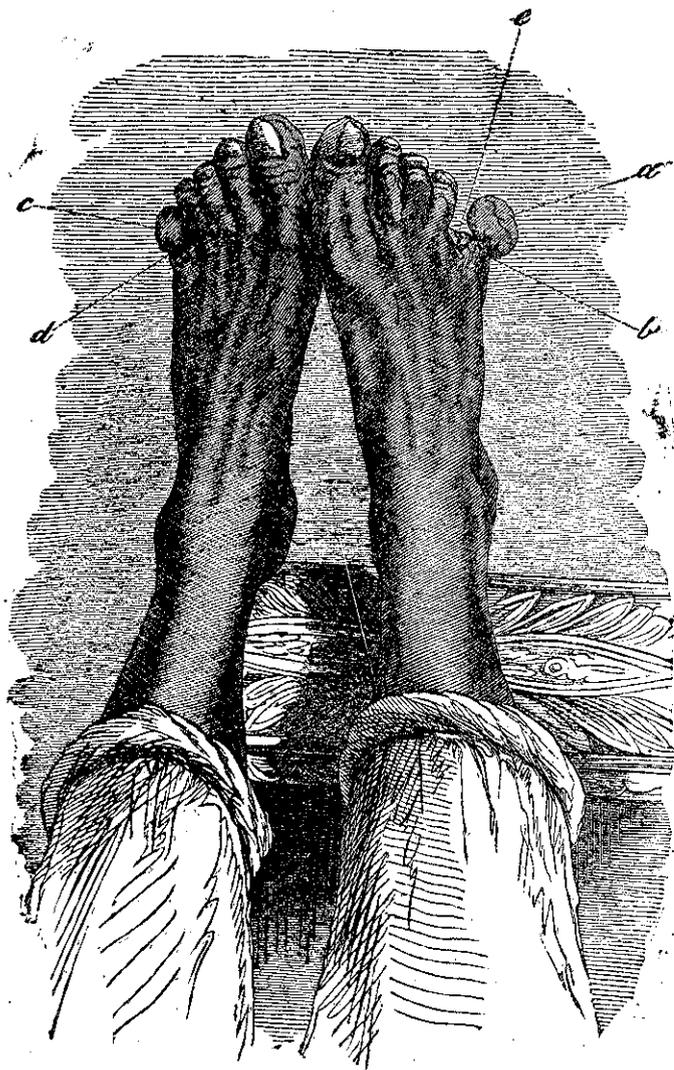
ANATOMIA PATHOLOGICA

O primeiro estudo sobre a anatomia pathologica do ainhum foi feito a meu pedido pelo meu fallecido amigo Dr. Wucherer, no dedo do pé direito figurado na gravura aqui annexa. A molestia datava de cerca de dez annos; o dedo foi excisado de um golpe com uma tesoura pequena de estôjo de algibeira; tinha mais de duas vezes o volume normal; a sua forma era de uma pequena batata ovoide; a pelle da face superior era grossa, escabrosa, aspera ao tacto, mas no resto da superficie era normal.

Eis aqui o relatorio do exame do Dr. Wucherer, tanto d'estes como de outros dedos igualmente affectados:

«.... AS superficies traumaticas das feridas que resultam da amputação, tanto a do dedo como a do pé, são sempre concavas, talvez por effeito da constricção elastica da pelle interessada no sulco; não se reconhece n'ellas vestigios de osso. A superficie do dedo é um tanto rugosa, por serem mais salientes os relevos lineares epidermicos.

«Dividindo um d'estes dedos longitudinalmente, de sorte que a secção passe pela unha partindo o dedo em duas metades eguaes, acha-se, nos casos mais



Ainhum, affectando ambos os dedos minimos dos pés, completo no direito, incompleto no esquerdo, observado em um africano de 40 annos.

(De uma photographia.)

adeantados da molestia, que a primeira phalange tem desaparecido de todo; que da segunda existem apenas vestigios, e que a ultima é aquella cujo tamanho está menos reduzido. O que resta da segunda phalange tem apenas tres millimetros no maior diametro, sendo o comprimento da segunda phalange em um dedo minimo são de mais de sete millimetros.

« Reconhece-se bem a articulação entre a segunda e a ultima phalange, e as superficies articulares oppostas estão cobertas da sua cartilagem articular; na parte posterior do resto da segunda phalange não se acha mais cartilagem.

« Examinados ao microscopio os differentes tecidos que compoem o dedo acha-se pouca alteração na epiderme; a area occupada pelo tecido adiposo subcutaneo acha-se muito augmentada em extensão á custa dos tendões, dos ossos e mais tecidos; nesta area encontram-se traços apenas de tecido connectivo (*bindegewebe*) mormente ao redor dos vasos sanguineos.

« Das duas arterias do dedo existe só a externa. A cartilagem articular da segunda e da ultima phalange está attenuada; os seus corpusculos são mais pequenos e em menor numero do que na cartilagem normal. Na substancia hyalina entre os corpusculos de cartilagem estão dispersos numerosos pontos adiposos. As cavidades da substancia esponjosa dos ossos são muito maiores do que no estado normal á custa das lamellas concentricas ao redor dos canaes Haversianos, e acham-se cheias de globulos grandes de gordura amarellos; os ossos estão como carcomidos, entretanto não ha ahicarie; não se encontram vestigios de pus. Os corpusculos de osso são apenas perceptíveis aqui e acolá.

« A molestia parece consistir em uma atrophia ou degeneração adiposa das partes por falta de nutrição;

será esta falta de nutrição effeito da constricção á que o dedo é sujeito?»

Os exames anatomo-pathologicos feitos em Londres (1867—68) por Campbell De Morgan e John Wood, em Paris (1870) por Cornil, em Tubingen (1872) pelo professor Schuppel, e no Rio de Janeiro (1875) por Pereira Guimarães e Martins Costa não differem materialmente em seus resultados do que acima fica exposto.

NATUREZA DA MOLESTIA

O ainhum tem sido considerado :

- 1.º Uma atrophia ou degeneração adiposa do dedo por falta de nutrição (Wucherer).
- 2.º Um symptoma de lepra dactyliana (Collas).
- 3.º Gangrena lenta *sui generis* (Pereira Guimarães).

I—Como fica dito acima os resultados do exame anatomo-pathologico feito por Wucherer sobre varios dedos affectados de ainhum, e que foram amputados por elle, por mim e por outros, não differe materialmente d'aquelles a que chegaram tanto na Europa como na America do Sul notaveis anatomo-pathologistas nas suas investigações sobre especimens que lhes foram apresentadas; no numero das ligeiras divergencias entre esses escriptores apontam-se o terem alguns encontrado, outros não, a continuidade da primeira phalange, ankylose da segunda com a terceira, a integridade da unha, a epiderme separada da cutis verdadeira, etc. Mas todas estas differenças dependem do grau de adeantamento da molestia, ou de accidentes estranhos á sua evolução regular. A phalange, por exemplo, falta sempre em parte ou em totalidade no periodo adeantado do ainhum, de sorte que o dedo não é já fixo ao pé, mas apenas pendente d'elle por um delgado pediculo; de mais, o dedo, mesmo em taes condições, e em quanto goza de vitalidade, não é isento de

inflammação por causas accidentaes, nem das consequencias ordinarias d'este processo morbido.

Atrophia e absorpção de uns tecidos normaes, e degeneração gordurosa, ou accumulção anormal de outros, taes são os factos mais notaveis que a dissecção e o microscopio revelaram. Mas o que estas alterações indicam é uma insufficiencia ou perversão da nutrição das partes componentes do dedo, o que conduz á metamorphose regressiva de quasi todos os seus tecidos e, finalmente, até á gangrena.

A este processo morbido não é, de certo, estranho o endurecimento com depressão linear da pelle em torno da base do orgão, nem o rêgo circular que se lhe segue no progresso da molestia. E' nesta especie de sclerodermia limitada, e na compressão extremamente lenta, mas continua que produz sobre os tecidos o aperto progressivo d'aquella pequena cinta cutanea que reside, creio eu, a chave do problema da pathogenese do ainhum. Em que consiste a alteração que torna a pelle contractil circularmente, e a causa d'esta alteração, é o que ainda se não sabe. Não tendo, porem, a molestia influencia alguma sobre a saude geral, e sobrevindo em individuos sãos, e sem o menor indicio de affecção constitucional concomitante ou remota, devemos crer que o ainhum é uma lesão meramente local, que após a perda do dedo, e a cicatrização da pequena ferida, deixa o paciente no seu estado regular de saude.

II—No meu primeiro trabalho, não obstante serem obvias as differenças capitaes que separam o ainhum da Elephantiasis em qualquer das suas formas conhecidas, pela simples comparação dos respectivos symptomas, desenvolvimento e terminação, procurei fixar bem e confrontar os signaes distinctivos de cada uma. Tinha eu então o proposito de fazer cessar a confusão que d'antes havia aqui do ainhum com a quigila (lepra

anesthetica dactyliana, ou gafeira). Para qualquer medico familiarizado com ambas as molestias seria ociosa tal confrontação; mas para o publico profissional em sua generalidade julguei-a indispensavel, como ainda agora a julgo por ter o Sr. Collas, e depois d'elle outros medicos francezes pretendido que o ainhum deva entrar para o quadro das affecções leproides (lepra dactyliana amputante) com o nome, que aliás não a filia n'essa especie pathologica, de *exerese spontanea*.

Aqui reproduzo os caracteres differenciaes das duas molestias com as ligeiras modificações e accrescimos derivados da observação ulterior :

1.º A gafeira accomette igualmente individuos de ambos os sexos, e o ainhum accomette em muito maior numero os homens.

2.º A gafeira, posto que mais frequente no Brazil nos pretos do que nos individuos de outra cor, e mais nos africanos do que nos seus descendentes, affecta uns e outros, e tanto nas mãos como nos pés, successiva ou simultaneamente, e sem predilecção por dedos determinados; o ainhum ainda não foi observado no Brazil, que eu saiba, senão em pretos, e no quinto dedo do pé, raramente no quarto.

3.º A anesthésia, as bôlhas pemphigoides, a atrophia muscular dos membros, desconhecidas no ainhum, acompanham sempre a gafeira em algumas das suas phases; no mesmo caso estão as ulcerações gangrenosas, necroses, emmagrecimento e contracção permanente dos dedos, etc.

4.º Aquelle rêgo caracteristico ao nivel da dobra digito-plantar, invariavel, e altamente distinctivo do ainhum nunca se observa na gafeira ou quigila.

5.º Finalmente, a curabilidade do ainhum sem mutilação em seus primeiros periodos por incisões na pelle

perpendiculares ao sulco ou anel constrictor é hoje demonstrada por factos de minha e alheia observação; na gafeira, especialmente na forma amputante do Sr. Dr. Collas, o mais que o cirurgião pode fazer é abreviar a perda do dedo; pode mutilar o doente sem todavia curar a molestia; os melhores esforços da therapeutica cirurgica em vão tem procurado obter mais do que isso.

E quando as feições clinicas da molestia, nitidas e claras como são, não bastassem por si sós para remover por uma vez toda a possibilidade de confusão com a lepra dactyliana, ahi estão a anatomia e a histologia pathologicas para dissipar qualquer sombra de duvida que por ventura ainda reste nos espiritos mais exigentes.

Por um lado Wucherer, Campbell De Morgan e Wood, Cornil, Schuppel, Martins Costa, etc., e por outro Ch. Robin, Virchow e outros abalisados microscopistas poderão fornecer aos interessados na questão os caracteres histologicos que distinguem respectivamente os processos morbidos de cada uma das duas molestias.

Não cabe nos estreitos limites d'esta noticia, nem me parece indispensavel agora entrar em mais longa discussão sobre este ponto, do qual já se occuparam vantajosamente, e em contrario á classificação nosologica do Dr. Collas, os Srs. Drs. Moncorvo de Figueiredo, Martins Costa e Pereira Guimarães no Brazil, Emilio Coni em Buenos-Ayres, e recentemente o Dr. Brassac, da marinha franceza, nos *Archives de médecine navale* de Dezembro ultimo. Reservo-me para tratar mais detidamente da materia em um trabalho que tenho entre mãos, e do qual é este apenas um resumo.

III. Regeitando a natureza leprosa do ainhum, o Sr. Dr. Pereira Guimarães considera-o uma — « gangrena

lenta *sui generis*, em que os dedos minimos dos pés vão recebendo durante algum tempo os meios nutritivos em quantidade que, não sendo sufficiente para nutril-os perfeitamente, o é, no entanto, para impedir que a morte tenha logar immediatamente. Resulta d'ahi que o dedo vae progressivamente soffrendo a metamorphose regressiva, até chegar a um ponto em que a natureza tem de eliminá-lo. A causa de todos esses phenomenos deve depender da contractura das arterias que alimentam a parte.»

Adoptando como causa primordial de todos os phenomenos mencionados a contractura hypothetica das arterias, o Sr. Dr. Pereira Guimarães não liga importancia alguma ao rego circular caracteristico do ainhum, e considera-o como resultado e não como causa da molestia. A analogia, porém, e os argumentos em que, na ausencia de factos, se baseia a opinião do illustrado medico fluminense, não me parecem concludentes, e conduziram-n'o a admittir, como explicação do processo morbido d'esta affecção, uma gangrena especial (*sui generis*), totalmente diversa de todas as gangrenas conhecidas, pois que permite a um órgão acometido por ella viver, não dias, nem mezes, mas quatro, seis e mesmo dez annos!..

Que no fim d'estes longos periodos possa ser eliminado por gangrena, como o tem sido na realidade, um dedo affectado de ainhum, comprehende-se perfeitamente, mas como ultima phase da inanição lenta, por assim dizer, do órgão, quando os ultimos já escassos elementos nutritivos lhe forem de chófre subtrahidos, com a destruição da ultima arteria. Creio até que esta seria a unica terminação natural da molestia, se ella fosse deixada inteiramente ao seu curso ordinario, livre de accidentes, e de qualquer interferencia operatoria.

Quanto a mim, no processo pathologico do ainhum,

a gangrena começa onde elle acaba, isto é, quando o *annulus constrictor* estrangula o dedo, e intercepta completamente as relações vasculares e nervosas entre elle e o corpo.

Se o ainhum fosse uma gangrena, embora *sui generis*, a *physiologia pathologica* da molestia seria absolutamente incomprehensivel, e as idéas professadas e acceitas em relação ás gangrenas teriam de ser modificadas.

DIAGNOSTICO

Do que fica exposto ácerca dos caracteres mais salientes da molestia, e das differenças entre ella e outras que possam ter a mesma séde comprehende-se que o diagnostico do ainhum adiantado é de extreme facilidade. O sulco profundo na base de algum dos dous ultimos dedos dos pés, com o augmento mais ou menos consideravel da extremidade do orgão affectado, a sua fórma arredondada, a sua mobilidade anormal, a conservação da sensibilidade, a dor espontanea ou provocada caracterisam o ainhum plenamente desenvolvido. Estes signaes e alguns outros precedentemente mencionados distinguem-n'o da lepra *dactylaria* ou gafeira, e por tal modo que não me parece possivel a confusão entre as duas molestias. No começo, porém, quando em vez do sulco existe apenas uma ligeira depressão, o diagnostico pode offerecer alguma difficuldade; em tal caso a probabilidade em favor do ainhum poderá ser reforçada pela circumstancia de ser o paciente de raça africana, por não ter havido traumatismo que dêsse logar á ulceração, ou cicatriz na séde usual do sulco, pela ausencia de manifestações leproides, syphiliticas, escrophulosas, etc., em outras partes do corpo. Mais do que tudo, porém, a marcha da molestia servirá de guia ao juizo do medico.

No periodo intermediario do ainhum, quando ainda não se encontra a mobilidade anormal do dedo, o rego, quasi ou inteiramente circular, e cujo fundo, ulcerado ou não, é ainda visivel, e os mais elementos de diagnostico já mencionados, não deixarão duvida alguma sobre a natureza da molestia.

PROGNOSTICO

Como affecção puramente local, o ainhum não é uma molestia grave pelo que respeita á vida do doente; mas occasiona dôres e embaraço á marcha nos seus periodos adeantados, e não sendo tratado cedo conduz á perda inevitavel do dedo.

Felizmente estes inconvenientes poderão ser evitados nos primeiros periodos da molestia incisando-se o *annel constrictor*, fazendo cessar d'este modo a pressão continua que elle exerce sobre os tecidos. Esta pequena operação, porem, é raras vezes praticada, porque os doentes na maxima parte só procuram o facultativo quando a amputação é já inevitavel.

TRATAMENTO

O tratamento do ainhum tem sido inteiramente local. Os variados meios therapeuticos empregados topicamente, loções, cataplasmas, unguentos, cauterisações, etc., nada teem aproveitado, quer applicados pelos proprios doentes quer por conselho medico.

Nos primeiros casos por mim observados pratiquei sempre a amputação do dedo ao nivel do sulco, quando pude verificar que já não havia continuidade da phalange; no caso contrario limitei-me a esperar essa oportunidade. Lembrando-me, porem, que o *annel constrictor* seria a causa principal, se não unica da perda do dedo, estrangulando-o lentamente, resolvi praticar

incisões profundas e perpendiculares ao rego nos casos pouco adeantados, isto é, quando a phalange ainda podesse ser conservada. Em dous doentes n'estas condições pratiquei esta pequena operação; as bordas da incisão afastaram-se logo no centro mudando a forma da ferida, á semelhança do que succede no *desbrida-mento* da paraphimose. O rego foi-se tornando cada vez mais superficial, e depois de completa a cicatrização era pouco apparente, até que, no fim de alguns mezes, só era indicado o sitio onde elle existiu por uma côr mais escura da pelle, já então perfeitamente nivelada.

Além d'estes dous casos tenho conhecimento de outro igualmente bem succedido que me foi communicado pelo meu amigo e collega do Hospital da Caridade, o Sr. Dr. Pires Caldas.

Estes tres factos provam a curabilidade do ainhum; e sem pretender que aquella operação tão simples seja efficaz em todos os casos pouco adeantados, julgo-me, todavia, authorisado a recommendal-a aos meus collegas que tiverem oportunidades para a experimentarem.

Junho — 1880.